

## گزارش يك مورد آدنو کارمیینوم RETE - TESTIS

دکتر صادق سموریان \* دکتر هوشنگ مؤمن زاده \*\* دکتر مسلم بهادری \*

ندارد ، صدهای قلب طبیعی است . فشار خون  $\frac{13/5}{8/5}$  تعداد  
قرعات نبض ۷۶ در دقیقه .  
دستگاه تنفس - در هر دو ریه رالهای خشک و مرطوب  
شنیده میشود - قفسه سینه آمفیزماتو میباشد .  
دستگاه گوارش - در معاینه شکم فتق اپیگاستریک دارد -  
بیبوست دارد ، در لمس شکم توموری حس نشد .  
دستگاه ادراری و تناسلی - هماتوری ، دیزوری ،  
پلاکیوری ندارد . در توشه رکتال پروستات در حدود طبیعی و  
قوام آن نرم است .

### امتحانات آزمایشگاهی :

تعداد گلبولهای سفید و قرمز طبیعی ، مقدار هموگلوبین  
۱۶ گرم ، هماتوکریت ۴۵٪ - اوره ۳۶ میلیگرم در لیتر -  
قند ۱/۰۵ گرم در لیتر - فسفاتاز اسید ۲/۵ واحد و فسفاتاز الکالن  
۳ واحد بودانسکی . رادیوگرافی ریه طبیعی گزارش  
شده است .

بیمار با تشخیص هیدروسل و تومور بیضه تحت عمل جراحی  
قرار گرفت . در امتحان فوری بطریقه انجمادی (فرز سگشن)  
چون آدنو کارسینوم تشخیص داده شد لذا بیضه راست و ضمائم  
آن خارج شد .

### آسیب شناسی :

نمونه ارسالی ، بیضه و ضمائم آن و قسمتی از کوردن میباشد که  
کلا<sup>۱۰</sup> سانتیمتر قطر دارد . بیضه بابعاد  $2/5 \times 3 \times 2/5$

تومور فوق العاده نادری است که از مجاری خارج کننده  
بیضه در ناحیه Rete منشعب میگردد. در بررسی مطبوعات  
پزشکی [۳] Curling اولین مورد آنرا در ۱۸۵۳ گزارش داده  
است و آقایان Rush و Schoen [۱۱] در سال ۱۹۵۹ دوازده  
مورد را از گزارشهای پزشکی جمع آوری کرده و یک مورد  
خودشان را نیز اضافه نموده و انتشار داده اند . [۴] Tanno و  
Desberg در ۱۹۶۴ چهاردهمین مورد را شرح داده و  
پانزدهمین مورد توسط Schapira و Engel [۱۵] در ۱۹۷۲  
گزارش داده شده است .

مورد زیر شانزدهمین بیماری است که توسط مؤلفین  
گزارش آن منتشر میگردد. این تومور از اپیتلیوم غیر اسپر ماتوژنیک  
مجاری خارج کننده در ناحیه Rete ایجاد میگردد و دارای  
منظره پاپیلر یا غددی و یا ترابکولر میباشد .

### شرح حال بیمار

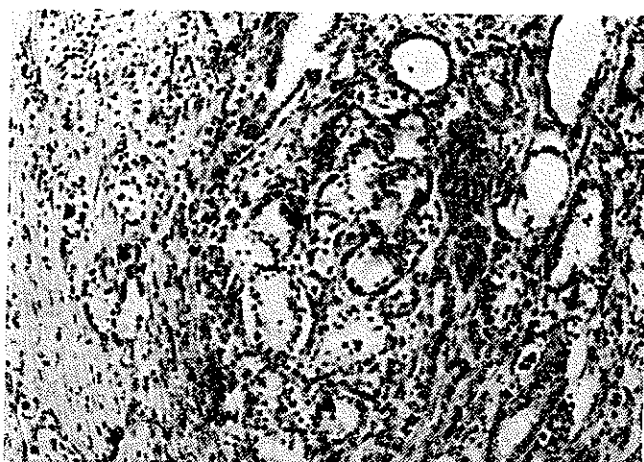
مرد ۶۰ ساله ای بنام ر . م بعلت تورم بیضه در تاریخ  
۵۱/۹/۱۰ به بیمارستان سینا مراجعه کرده است . ناراحتی  
بیمار از ۵۰ روز قبل شروع شده ، ابتدا احساس برجستگی  
کوچکی در بیضه راست نموده و از ۲۰ روز قبل حجم آن  
بزرگتر شده است . ازدواج کرده و دارای ۷ فرزند میباشد .  
شغل پاکت فروش ، ساکن تهران و اهل سراب تبریز میباشد .

### معاینه دستتگاهها :

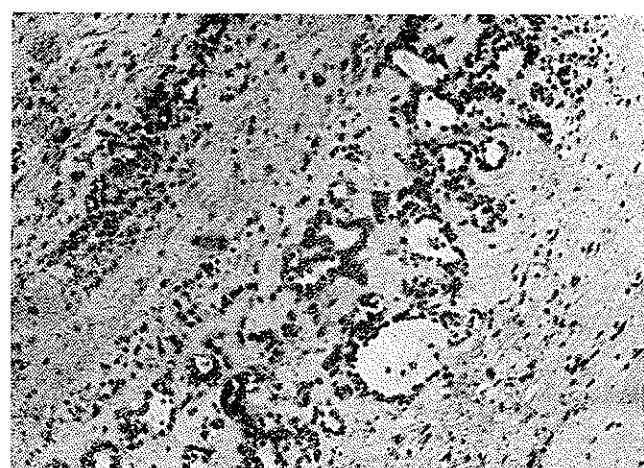
دستگاه گردش خون - قلب بزرگ نیست - طپش قلب

\* - بخش آسیب شناسی و تحقیقات پاتولوژی مرکز پزشکی سینا .

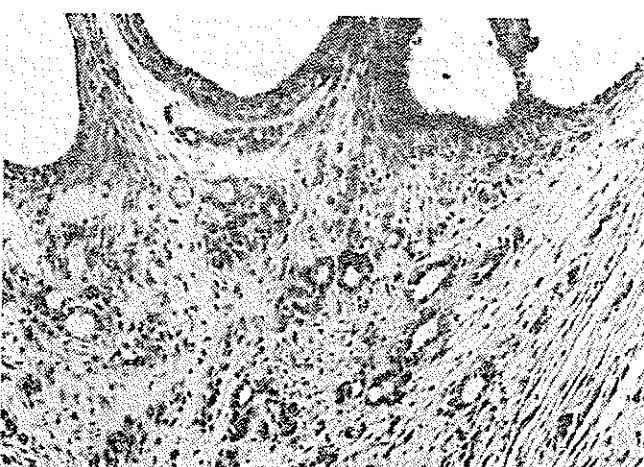
\*\* - بخش جراحی مرکز پزشکی سینا



شکل ۳- منظره میکروسکوپی آدنوکارسینوم رت تستیس بزرگ نمایی  $\times 100$



شکل ۴- منظره میکروسکوپی همان تومور، منظره غددی - اوله ای ورشد غیر منظم قابل توجه است.



شکل ۵- آدنوکارسینوم رت تستیس و تهاجم به اپی دیدیم قابل توجه است بافت پوششی اپی دیدیم سالم است. در قسمت خارج البوزینه دیده میشود.

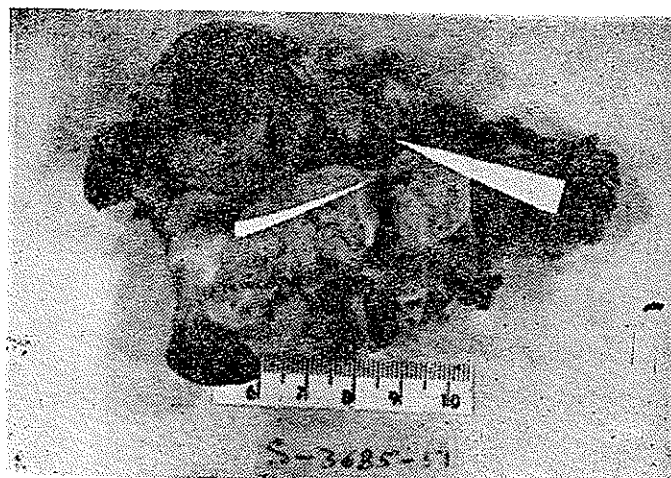
اپی دیدیم و البوزینه و کوردن نیز دیده میشود (ش ۵) ولی هیچگونه تهاجمی به نسج بیضه نشان نمیداد. مجاری

سانتیمتر در قطب فوقانی تومورسفت برونک سفید بابعاد  $10 \times 12 \times 10$  میلیمتر که حدود داخلی واضحی نداشت مشاهده گردید. در حد خارجی تومور ساختمان اپی دیدیم قابل



شکل ۱- منظره ماکروسکوپی آدنوکارسینوم رت تستیس- پیکانها منظره دانهای تهاجم روی ورقه البوزینه و اپی دیدیم را نشان میدهد.

شناسائی بوده. در روی بورس بیضه و کوردن ندولهای کوچکی در امتداد تومور سفید رنگ وجود داشت (ش ۱). در برش خود بیضه از نظر ظاهر طبیعی و تومور در ناحیه مدیاستن بیضه در محل اتصال اپی دیدیم قرار داشت. اپی دیدیم و در اطراف آن البوزینه بشکل معمولی وجود داشت (ش ۲). برشهای متعدد



شکل ۲- منظره ماکروسکوپی در سمت راست بافت بیضه که سالم است و در قسمت وسط تومور دیده میشود

تهیه شده از توده مذکور نمای بافت نئوفرماهی از نوع آدنوکارسینوم رت تستیس را نشان میدهد که سلولهای آن اکثراً تمایز غددی پیدا کرده و دارای میتوز آتیپیک و ناهنجاریهای سلولی بودند (ش ۳ و ۴). انتشار بافت تومورال غددی به

سه ماه بعد از عمل بیمار در تاریخ ۵۱/۱۲/۲۳ مجدداً مراجعه مینماید. در این زمان حال عمومی نسبتاً بد، تنگی نفس و آسیت فراوان و ضعف شدیدی داشت. در معاینات بالینی احتمال متاستاز داده شد و بیمار برای Work-up بستری گردید و تحت مطالعه قرار گرفت.

بحث:

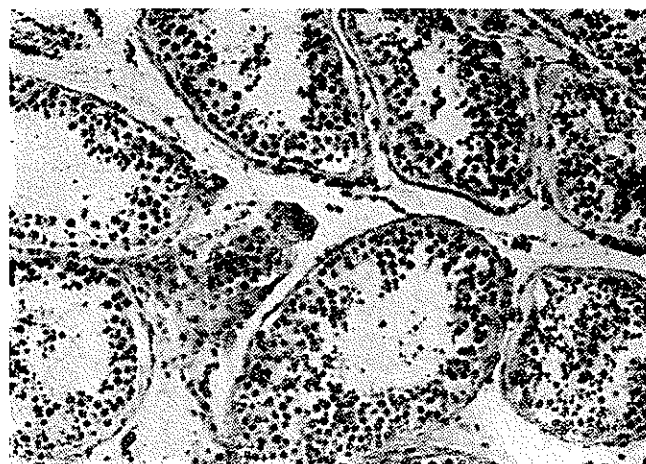
همانطوریکه از اسم تومور پیدا است این تومورها از اپی تلیوم مجاری خارج کننده داخل بیضه‌ای Intratesticular excretory ducts که خاصیت منی‌سازی ندارد سرچشمه میگیرد. [۹ و ۲] سلولهای این بافت مشابهت فراوان با سلولهای لوله‌های مستقیم و مجرای وابران دارد و لذا از نظر شکل و نمای مورفولوژی تومورهای این ناحیه با تومورهای نواحی نامبرده در بالا تشابه فراوان دارد [۱۲] که فقط مدت درموضع‌گیری تومور برای تمایز لازم است. گرچه در دو مورد گزارش شده در مطبوعات پزشکی در بیضه‌های اکتوپیک بوده است. معهداً بنظر نمیرسد که عدم سقوط بیضه در اتیولوژی بیماری مؤثر باشد. [۱۳ و ۲] از نظر میکروسکوپی این تومورها بیشتر نمای غددی - پاپیلر لوله‌ای و تراپیکولر دارد. (شکل ۸).



شکل ۸ - منظره با پاپیلر تومور.

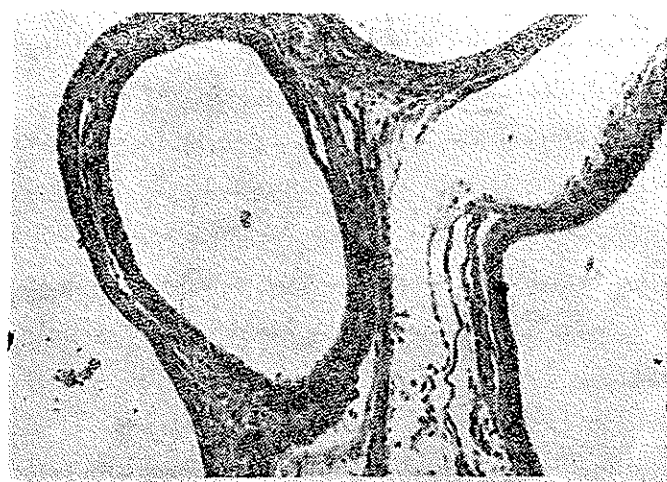
سلولهای توموری مکعبی شکل دارای هسته‌ای درشت و سیتوپلاسم کم است. رشد سلولهای توموری غالباً نامنظم است و اشکال میتوزی فراوان دارد. بافت همبندی بستر سلولها کم است ولی در فواصل ساختمانهای تومورال بافت کلاژن فراوان و ضخیم دیده میشود (شکل ۹). رشته‌های کلاژن مزبور

سمینیفیر (منی‌ساز) طبیعی بوده و علائم تومورال را نشان نمیدادند. (ش ۶).



شکل ۶ - برش از ساختمان بیضه است که وضع عادی مجاری منی‌ساز بدون تهاجم تومور دیده میشود.

گرچه در بافت اپی‌دیپیم تهاجم تومور دیده شد ولی خود مجاری آن نمای طبیعی داشته‌اند (شکل ۷) پس از عمل



شکل ۷ - برشی از اپی‌دیپیم که سالم بنظر میرسد

بیمار مجدداً تحت بررسی دقیق بالینی قرار گرفت. پروستات و بیضه دیگر طبیعی بودند. فسفاتاز الکالن و فسفاتاز اسید در حد طبیعی بوده است. رادیوگرافیهای لگن و قفسه صدری نکته مرضی نشان نداد. تجسسات بالینی در دستگانه‌های دیگر نکته غیرطبیعی نشان نداد و ۱۵ روز بعد از عمل بیمار با حال عمومی خوب، در حالیکه زخم محل عمل خوب شده بود مرخص گردید.

در بررسی نشریات پزشکی [۱۴-۱] از تومور فوق یافته‌های زیر مشخص می‌گردد:

۱- جوانترین بیمار مبتلا به این تومور ۲۱ ساله و مسن ترین آنها که توسط Schoen, Rush [۱۱] گزارش شده است مرد ۸۰ ساله بوده است.

۲- بادر نظر گرفتن بیمارما برویهم از گزارشهای منتشره تا کنون چنین می‌توان یافت که ۸ تومور در بیضه راست و ۵ بیمار تومور را در بیضه چپ داشته‌اند و یک مورد تومور در دو بیضه بوده است.

۳- دو مورد تومور در بیضه‌های اکتوپیک ایجاد گردیده که یک مورد آن ده سال بعد از عمل جراحی Orchidopexy دیده شده است. [۵]

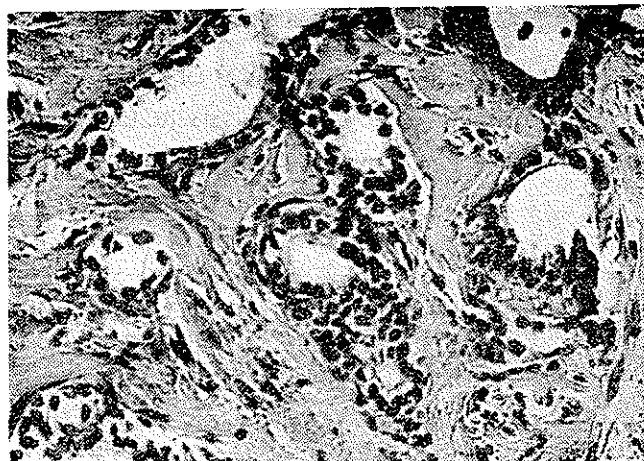
۴- هشت بیمار تنها اورکیکتومی شده در حالیکه هفت مورد علاوه بر برداشتن بیضه رادیوتراپی نیز شده‌اند. در ۲ مورد علاوه بر اورکیکتومی شیمیوتراپی انجام شد. و یک مورد با آنتی بیوتیک تحت درمان قرار گرفته است.

۵- تومورهای Rete-Testis فوق‌العاده بدخیم بوده و بیماران را با سرعت بطرف مرگ میکشاند. با وجودیکه تعداد بیماران کم و طول زمانی که پس از معالجه تعقیب شده‌اند کوتاه می‌باشد معهدا در وخامت و سرعت پیشرفت تومور در تمام موارد بالا شککی نیست.

۶ مورد از ۱۲ بیمار در طی یکسال پس از عمل متاستاز داده‌اند و ۴ مورد در طول کمتر از یکسال فوت نموده‌اند و بیمار مورد بحث ما با وجود تدابیر جراحی سریع بسرعت حالش بوخامت گرائیده است.

از نظر درمان منجمله بررسی که از انتشار تومور بعمل آمده نشان میدهد که اولاین تومورها فوق‌العاده بدرمان مقاوم میباشند. ثانیاً از نظر معالجه برداشتن بیضه در درجه اول و شیمیوتراپی و رادیوتراپی در مراحل بعدی توصیه شده است. خلاصه:

یک مورد آدنو کارسینوم رت تستیس در مرد ۶۰ ساله معرفی گردیده است. آدنو کارسینوم رت تستیس از تومورهای نادر و فوق‌العاده وخیم و غیرقابل درمان است. سیر بیماری سریع می‌باشد و در بیشتر از ۵۰٪ کمتر از یکسال بیمار را میکشد. در بررسی مطبوعات پزشکی تا کنون ۱۵ مورد گزارش شده است و بیمار ما مورد شانزدهم می‌باشد. جوانترین بیمار ۲۱ ساله و مسن‌ترین ۸۰ ساله گزارش شده است.



کل ۹- نج کلانن فراوان در فواصل توده‌ی توموری

مجتلا از بافت کلانن طبیعی موجود در این ناحیه و مدیاستن و ناف بیضه است. گاهی خونریزی دیده میشود و متاپلازی مالپیگی در بعضی از گزارشها دیده شده است. گرچه در تمام تومورهای بیضه متاستاز سریع و پیشرس خیلی شایع است ولی تومورهای رت تستیس در بین تومورهای بیضه از سایرین سریعتر متاستاز میدهد [۱۴ و ۲].

آدنو کارسینوم Rete-Testis تومور فوق‌العاده نادری است. Hunter و Feek [۷] تشخیص افتراقی بین این تومور و سایر تومورهای بیضه نظیر آدنو کارسینوم آمبریوتر، ترانو کارسینوم بیضه و ضایعات متاستاتیک و تومورهای منشعب از بیضه را شرح داده‌اند و وجه تمایز را در درجه اول یافته‌های بافت شناسی ذکر کرده‌اند زیرا از نظر میکروسکپی آدنو کارسینوم رت تستیس شکل مشخص تومور را نشان میدهد که هم از لحاظ پارانشیم غدیدی و هم از لحاظ استروما از تومورهای نامبرده در بالا متمایز است.

معیارهای دیگر شامل ابتلاء ماکزیوم در ناحیه مدیاستن بیضه و ابتلاء مینیوم خود جسم بیضه با رشد تومور از مدیاستن بیضه بطرف خارج می‌باشد و خیلی کمتر بطرف نسج بیضه تهاجم پیدا میکند. علاوه تومور بطرف کیست بیضه رشد مینماید و از لایه پاریتال بورس تجاوز نمی‌نماید. [۴-۱۱] Mostofi [۱۱] تکیه بیشتر به محل تشریحی تومور مینماید که شامل تشخیص زودرس و تعیین محل تومور و معالجه فوری می‌باشد. Ewing [۶] معتقد است محلی که لوله‌های منی ساز وارد Rete-Testis میشود جای اصلی و معمولی پیدایش ترانووم می‌باشد.

تشخيص صحيح فقط در موارد ابتدائي تومور داده شده ساير قسمتهاى بيضه واپيديديم مشكل ميگردد .  
و اگر تومور پراکنده گردد تشخيص اين بيمارى از تومور

### Summary

#### Adenocarcinoma of the Rete testis (Report of a case)

A case of adenocarcinoma of the rete testis in a sixty year old male is presented. Along with a short description of pathology a brief review of Medical literature is mentioned.

Adenocarcinoma of this kind is among the rarest tumors of testis. They are highly malignant and rapidly ending to death of the patients. 15 cases so far have been reported and this is the 16th, more than 50% of the patient died in their first year of follow up. The youngest patient was 21 year old, and the oldest one 80 year old. The diagnosis can be established in their early stage of invasion, otherwise, in advanced case it is very difficult to recognize as a primary tumor of rete testis.

### REFERENCES

- 1\_ Badenoef, A.W. and Dukes, C.: *Brit. J. Urol.* 23:230, 1951.
- 2- Collins D.H. and Pugh R.C.B. The Pathology of testicular tumors, E.S. Livingston Ltd. PP. 74 . 1964.
- 3\_ Curling T.B., Observations on Cystic Disease of the Testicle TR. *Med. Chir. Soc. Edinburgh.* 36, 1953.
- 4\_ Desberg, D. and Tanno, V : *J Urol.* 91:87, 1964.
- 5- Dundon, C.: *Brit J. Urol.* 24:58, 1952.
- 6- Ewing, J: *Surg. Gynec. Obst.* 12:230, 1911.
- 7- Feek, J. D. and Hunter, W.C : *Arch. Path.* 40:399, 1945.
- 8- Gillbert, J.D : *J. Urol.* 43:722. 1940.
- 9\_ Laird. R. M : *J. Urol.* 72:904. 1954
- 10\_ Schapira. H. E , and Engel, A.R : *New york State Jour. Medicine*, 72:1283, 1972.
- 11\_ Schoen S S. and Rush, B.F.: *J.Urol.* 82:356, 1959.
- 12\_ Shillitoe A.J.: *J Path. Bact.* 64:650, 1952.
- 13\_ Scully, R. E., and Parham, A.R.: *Arch. Path* , 46:229 1948.
- 14- Willis, R A.: Pathology of tumours, 2nd ed , London, Butterwarth and Co. Ltd. P.577, 1953.